

# Tünetek, laboratóriumi paraméterek és a betegségpercepció eltérései irritábilis bél szindróma és gyulladásos bélbetegség esetén

*Segíthetnek-e a kérdőívek a két betegség elkülönítésében?*

Bor Renáta dr.<sup>1</sup> ■ Balanyi Zsolt dr.<sup>1</sup> ■ Farkas Klaudia dr.<sup>1</sup> ■ Bálint Anita dr.<sup>1</sup>  
Rutka Mariann dr.<sup>1</sup> ■ Szűcs Mónika dr.<sup>2</sup> ■ Milassin Ágnes dr.<sup>1</sup>  
Szepes Zoltán dr.<sup>1</sup> ■ Nagy Ferenc dr.<sup>1</sup> ■ Molnár Tamás dr.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, I. Belgyógyászati Klinika, Szeged

<sup>2</sup>Szegedi Tudományegyetem, Orvosi Fizika és Orvosi Informatika Intézet, Szeged

**Bevezetés:** A gyulladásos bélbetegség és az irritábilis bél szindróma elkülönítése gyakran nehézséget jelent. **Célkitűzés:** A szerzők az aktivitási indexek és pszichológiai kérdőívek hatékonyságát kívánták meghatározni a két betegcsoport differenciáldiagnosztikájában, mivel ezek szerepét ilyen tekintetben még nem vizsgálták. **Módszer:** 37 irritábilis bél szindróma, 54 Crohn-betegség és 41 colitis ulcerosa miatt gondozott beteget vontak be a vizsgálatba, és kérték fel őket a Crohn-betegség Aktivitási Index teszt, a Betegség Percepció Kérdőív és a Gyulladásos Bélbetegség Kérdőív kitöltésére. Megvizsgálták a hematokrit- és a C-reaktív protein érték eltéréseit. **Eredmények:** A hasi fájdalom irritábilis bél szindrómában ( $p = 0,005$ ), míg az életminőség-romlás Crohn-betegségben ( $p = 0,0000001$ ) volt szignifikánsan rosszabb. A gyulladásos bélbetegek magasabb aránya vélte betegségét életen át tartónak ( $p = 0,000781$ ), és ezzel kapcsolatos ismereteiket jobbnak ítélték meg ( $p = 0,00629$ ). A hematokrit tekintetében nem találtak eltérést, a C-reaktív protein irritábilis bél szindrómában szignifikánsan alacsonyabb volt ( $p = 0,001$ ). **Következtetések:** A betegség-percepció kérdőívek és a C-reaktív protein segíthetnek az irritábilis bél szindróma és a gyulladásos bélbetegség differenciáldiagnosztikájában. Orv. Hetil., 2015, 156(23), 933–938.

**Kulcsszavak:** gyulladásos bélbetegség, C-reaktív protein, irritábilis bél szindróma, életminőség-kérdőív

## Comparison of symptoms, laboratory parameters and illness perception in patients with irritable bowel syndrome and inflammatory bowel disease

*Can questionnaires help in the differential diagnosis of two diseases?*

**Introduction:** Symptoms-based differential diagnosis of irritable bowel syndrome and inflammatory bowel disease is often difficult. **Aims:** To determine the differential diagnostic ability of clinical activity indexes and psychological questionnaires in these conditions, which have never been simultaneously analyzed. **Method:** 37 irritable bowel syndrome, 54 Crohn's disease and 41 ulcerative colitis patients were enrolled in the study. The patients completed the Crohn's Disease Activity Index test, Illness Perception Questionnaire and Inflammatory Bowel Disease Questionnaire. Hematocrit and C-reactive protein level of patients were also analyzed. **Results:** Patients with irritable bowel syndrome felt their abdominal pain more severe than the other two groups ( $p = 0.005$ ), while the quality of life was the worst in Crohn's disease ( $p = 0.0000001$ ). Significantly more patients with inflammatory bowel disease considered that their condition is lifelong ( $p = 0.000781$ ). The knowledge about disease was more appropriate in patients with inflammatory bowel disease ( $p = 0.00629$ ). No significant difference was found in hematocrit levels, but the C-reactive protein level was significantly lower in patients with irritable bowel syndrome ( $p = 0.001$ ). **Conclusions:** Illness perception questionnaires and C-reactive protein can help in the differentiation of inflammatory bowel disease from irritable bowel syndrome.

**Keywords:** inflammatory bowel disease, C-reactive protein, irritable bowel syndrome, life quality questionnaire

Bor, R., Balanyi, Zs., Farkas, K., Bálint, A., Rutka, M., Szűcs, M., Milassin, Á., Szepes, Z., Nagy, F., Molnár, T. [Comparison of symptoms, laboratory parameters and illness perception in patients with irritable bowel syndrome and inflammatory bowel disease. Can questionnaires help in the differential diagnosis of two diseases?]. *Orv. Hetil.*, 2015, 156(23), 933–938.

(Beérkezett: 2015. március 16.; elfogadva: 2015. április 16.)

## Rövidítések

CD = (Crohn's disease) Crohn-betegség; CDAI = (Crohn's Disease Activity Index) Crohn-betegség Aktivitási Index; UC = (ulcerative colitis) colitis ulcerosa; CRP = (C-reactive protein) C-reaktív protein; CT = (computed tomography) komputer-tomográfia; HTK = hematokrit; IBS = (irritable bowel syndrome) irritábilis bél szindróma; IBD = (inflammatory bowel disease) gyulladásos bélbetegség; IPQ-R = Betegség Percepció Kérdőív (Illness Perception Questionnaire); SIBDQ = (Short Inflammatory Bowel Disease Questionnaire) Rövid életminőség-felmérő kérdőív gyulladásos bélbetegségben szenvedők számára

Az irritábilis bél szindróma (irritable bowel syndrome – IBS) és a gyulladásos bélbetegség (inflammatory bowel disease – IBD) nem közös differenciáldiagnosztikája a hasonló klinikai megjelenés miatt sokszor nehézséget jelent [1, 2]. Mindkét betegségben a vezető tünet a hasi fájdalom és a székelési ritmus megváltozása (székszorulás, hasmenés). A hasonló klinikai kép ellenére patogenezisük, prognózisuk és terápiájuk jelentősen eltér egymástól. Az IBD-vel szemben az IBS benignus lefolyású, funkcionális bélbetegség, amely a beteg hosszú távú életkilátásait nem befolyásolja. Az egészségügyi ellátás és a táppénz igénybevételének szempontjából a hasi panaszok a heveny légúti fertőzések után a második helyen állnak, az IBS-es panaszok ellátása pedig a gasztroenterológiai járóbeteg-szakellátás rendelési idejének közel 25%-át tölti ki [3]. Az IBS és az IBD differenciáldiagnosztikájában gyakran alkalmaznak invazív diagnosztikai eljárásokat, amelyek költségesek, és nem megfelelő indikáció esetén feleslegesen teszik ki a beteget a megterhelésnek és a beavatkozás kockázatainak. Emiatt ezek elkerülésére és elsősorban noninvazív, tünetorientált diagnózis felállítására kellene törekedni [4, 5].

Vizsgálatunk célja volt IBD-ben és IBS-ben szenvedő betegek körében egy, a CD-ben széles körben használt aktivitási index és kérdőíves adatgyűjtés segítségével értékelni és összevetni a szomatikus és pszichés tüneteket, valamint megvizsgálni a két betegcsoportban a C-reaktív protein (CRP) és a hematokrit- (HTK-) értékek eltéréseit. Célunk volt továbbá meghatározni ezen klinikai tünetek és paraméterek jelentőségét a két betegség differenciáldiagnosztikájában.

## Módszer

A vizsgálatot a Szegedi Tudományegyetem, I. Belgyógyászati Klinika Gasztroenterológiai Szakambulanciáján 2013. május és 2014. május között hasi panasszal jelentkezők körében végeztük, 132 beteg véletlenszerű bevonásával. A diagnózis alapján a betegeket 3 alcsoportra osztottuk: 37 IBS, 54 Crohn-betegség (Crohn's disease – CD) és 41 colitis ulcerosa (ulcerative colitis – UC) miatt gondozott beteg került bevonásra. A bevont betegeket két kérdőív, a Rövid életminőség-felmérő kérdőív gyulladásos bélbetegségben szenvedők számára (Short Inflammatory Bowel Disease Questionnaire – SIBDQ) és a Betegség Percepció Kérdőív (Illness Perception Questionnaire – IPQ-R) kitöltésére kértük fel. A betegségek tüneteinek meghatározását a Crohn-betegség Aktivitási Index (Crohn's Disease Activity Index – CDAI) segítségével végeztük. A betegekre vonatkozó laboratóriumi értékek (HTK, CRP) begyűjtése a MedSolution betegnyilvántartó rendszer alkalmazásával történt.

## CDAI

A CDAI-pontrendszer célja a CD aktivitásának pontos, objektív és reprodukálható módon történő értékelése [6]. A 8 (részben objektív, részben szubjektív) változót tartalmazó kérdőív és index napjainkban széles körben használt értékelési módja a betegek aktuális állapotának, fontos szerepet kap a megfelelő terápia kiválasztásában és a terápiás hatékonyság ellenőrzésében [7]. A klinikai súlyosság meghatározására a rögzítést megelőző héten vezetett betegségnapló alapján kerül sor. Ebben rögzítésre kerül a székletszám, hasi fájdalom és közérzet, extra-intestinalis tünetek, valamint több objektív paraméter, többek között a testsúly, testmagasság, HTK, hasi rezisztencia jelenléte.

## SIBDQ

A SIBDQ egy betegségsspecifikus életminőség-felmérő kérdőív IBD-ben szenvedő betegek számára. Tíz speciális kérdéssel átfogóan és gyorsan felméri a betegségnek az érzelmi és társas működésre gyakorolt hatását [8].

## IPQ-R

Az IPQ-R kérdőív bizonyítottan hatékonyan jellemzi a beteg pszichés státusát és megbirkózását a betegségek széles spektrumával. Korábbi tanulmányokban sikeresen alkalmazták többek között szívbetegségek, reumás arthritis, tumoros megbetegedések, psoriasis és diabetes mellitus esetén [9, 10, 11], azonban IBD-ben még nem vizsgálták. A betegségidentitás-faktort 14, gyakran észlelt tünet előfordulásának vizsgálatával méri, mint például fájdalom, émelygés, légszomj, testsúlyváltozás, kimerültség. A kérdőív második része elemzi a betegnek a betegségéről való vélekedését: vizsgálja a betegség időbeni lefolyását, a következmények észlelését, a személyes és a kezelési kontroll percepcióját, a betegség megértését és az érzelmi reprezentációját. A harmadik szubszkála arra vonatkozik, hogy a beteg miben látja a betegség okát. A kérdőív magyar verzióját *Reinhardt Melinda* készítette el 2007-ben [12].

## Statisztikai analízis

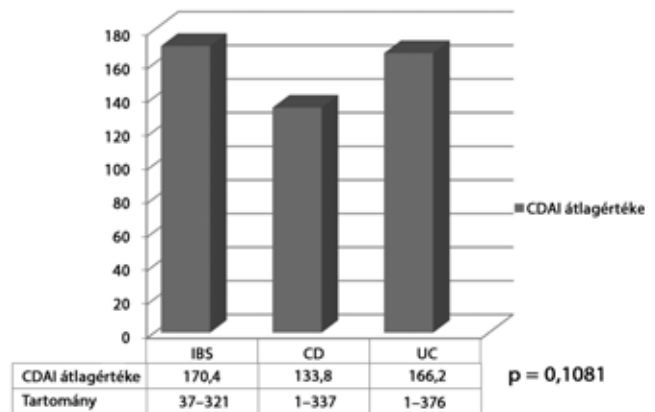
A statisztikai feldolgozás során a kvantitatív változókat a medián és százalékos értékekkel jellemeztük. A differenciáldiagnosztikában szerepet játszó tényezők azonosítása az SPSS analitikai program használatával történt, majd varianciaanalízist végeztünk Kruskal–Wallis-féle rangpróbával. A csoportok közötti szignifikáns eltérések azonosítása során páronkénti összehasonlítás történt kétmintás T-próbával és Mann–Whitney-próbával, továbbá Bonferroni-korrekciónak is alkalmazásra került.

## Eredmények

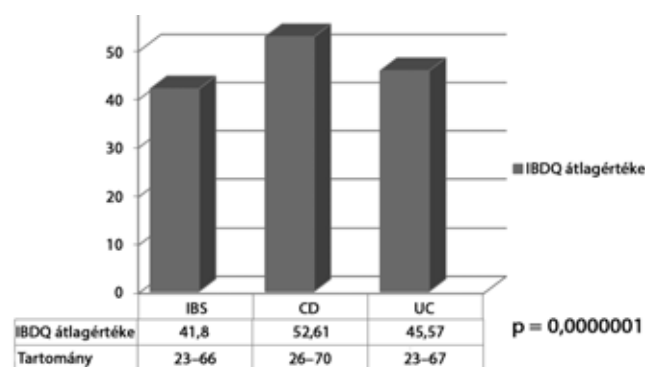
A vizsgálatba 132 beteget vontunk be. Átlagéletkoruk 42 év volt (tartomány: 16–79 év, medián 41 év). Az IBS-alcsoportban a betegek életkora (átlag 51; tartomány 19–79) magasabb volt a CD- (átlag 38; tartomány 17–76) és UC- (átlag 41; 21–77) csoporthoz viszonyítva. A bevont betegek 97%-a töltötte ki értékelhetően a CDAI-kérdőívet. Ez az arány az IPQ-R esetében 86%, IBDQ esetében 96% volt.

A CDAI-teszt szubjektív, fájdalompercepció skálája alapján az IBS-ben szenvedő betegek szignifikánsan súlyosabb hasi fájdalmat tapasztalnak a másik két csoporthoz képest ( $p = 0,005$ ). A laza, hasmenéses székletek száma az UC-betegcsoportban volt a legmagasabb, szignifikánsan meghaladta a másik két alcsoportot ( $p = 0,009$ ). A CDAI-kérdőív nem mutatott ki további szignifikáns eltérést a betegcsoportok között a többi vizsgált paraméter tekintetében (1. táblázat), és a CDAI átlagértékében sem találtunk statisztikailag releváns eltérést ( $p = 0,1081$ ) (1. ábra).

Az IBDQ-teszt alapján a CD-alcsoportban szignifikánsan rosszabb volt a betegek szubjektív életminősége, és a betegség lényegesen jobban befolyásolta a betegek hétköznapi életvitelét ( $p = 0,0000001$ ) (2. ábra).



1. ábra | A CDAI átlagértékei a három alcsoportban



2. ábra | IBDQ átlagos pontszámai a három alcsoportban

A laboratóriumi paraméterek közül a CRP-érték szignifikánsan alacsonyabb volt az IBS-betegcsoportban ( $p = 0,001$ ), de IBD-n belül a CD és az UC között ez az eltérés már nem volt kimutatható ( $p = 0,999$ ). A hematokritérték tekintetében nem találtunk szignifikáns eltérést ( $p = 0,212$ ) (2. táblázat).

1. táblázat | A CDAI alapján a tünetek eltéréseinek szignifikanciaértékei

Paraméter	Szignifikancia (p)
Általános állapot	0,243
Szemtünetek	0,4769
Bőrtünetek	0,213
Belső sipolyok	0,396
Végbélfissurák, fisztulák és tályogok	0,008
37,5 °C feletti láz	0,273
Ízületi fájdalom	0,8915
Száj-garat fekélyek	0,3469
Egyéb panaszok	0,2664
Hasmenés miatti gyógyszeresedés	0,224
Testsúly	0,085

2. táblázat | Laboratóriumi paraméterek eltérései a három alcsoportban

	IBS	CD	UC
CRP (mg/l), átlag	9,35	10,62	11,38
tartomány (mg/l)	0,4–139,7	1–97	1–116,6
medián (mg/l)	2,6	5,6	4,7
HTK (%), átlag	39,84	40,65	38,66
tartomány (%)	34–49	29–49	27–48
medián (%)	40	41	39

3. táblázat | Az IPQ-R kérdőív alapján a betegségpercepció eltéréseinek szignifikanciaértékei

Paraméter/szignifikancia	IBS-IBD	IBS-CD	IBS-UC	CD-UC
Időbeli lefolyás	0,000781	<0,001	0,00054	0,4651
Időbeli változás	0,667			
Következmények	0,23			
Személyes kontroll	0,83			
Kezelési kontroll	0,489			
Betegségkoherencia	0,00629	<0,001	0,0085	0,7451
Érzelmi reprezentáció	0,643			

Az IPQ-R teszt rávilágított arra, hogy az IBD-ben szenvedők betegségüket tartósabb lefolyásúnak vélik ( $p = 0,000781$ ) és szubjektív megítélésük alapján betegségüket szignifikánsan jobban megértik ( $p = 0,00629$ ). A többi paraméter tekintetében nem találtunk szignifikáns eltérést (3., 4. táblázat).

Az IPQ-R teszt során az IBS- és az IBD-alcsoportok a betegség hátterében hasonló tényezők oki szerepét jelölték meg, szignifikáns eltérést az egyes tényezők etiológiai fontosságára vonatkozóan nem találtunk. Az okok négy dimenziójához tartozó szignifikanciákat az 5. táblázat tartalmazza.

## Megbeszélés

Tanulmányunk azt mutatja, hogy a gastrointestinalis, az extraintestinalis és a pszichés tüneteket vizsgáló tesztek, valamint a CRP-érték segítséget nyújthatnak az IBD és

az IBS differenciáldiagnosztikájában, segíthetik és megerősíthetik az IBS-nek a jelenleg elfogadott Róma III. kritériumrendszerrel felállított úgynevezett pozitív diagnózist [13]. A CDAI-érték viszont nem segít az IBS és IBD differenciálásában, továbbá a CD és UC elkülönítésében sem használható fel. *Labiff és mtsai* bostoni tanulmánya szerint ennek oka, hogy IBS-ben a CDAI-értéket jelentősen megemelik a funkcionális gastrointestinalis tünetek, a hasi fájdalom és a hasmenés [7], amelyek ebben a betegségben kifejezetten gyakoriak. Az objektív tényezők – mint például a testsúly, a hematokrit, a hasi rezisztencia jelenléte – alacsony szorzóval szerepelnek az indexben, míg a szubjektív és pszichés tényezők által erőteljesen befolyásolt változók – mint például közérzet és székletszám – nagy hangsúlyt kapnak a számítás során. Az IBD-nél jelentkező extraintestinalis tünetek alacsony szorzóval szerepelnek az indexben, illetve közülük is kiemelendők az ízületi panaszok, amelyek a funkcionális és pszichoszomatikus betegségekben szintén rendkívül gyakran előfordulnak. Az IBD-t és IBS-t összevetve kimondható, hogy IBD esetében gyakrabban észlelhetők a korábban már említett objektív tényezők, és magasabb a rájuk adott pontok száma, de a teljes CDAI-értéket önmagukban nem képesek befolyásolni. Bár a CDAI igen jól használható az IBD aktivitásának megítélésére, mert a betegség teljes spektrumát figyelembe veszi, differenciáldiagnosztikai célzattal nem alkalmazható.

Vizsgálatunk rávilágított az IPQ-R teszt segítségével az IBS-ben és IBD-ben szenvedők eltérő betegségpszichológiájára és betegségképére. Az IBD-ben szenvedő betegek szubjektív megítélésük alapján jobban megértik, kevésbé tartják rejtélyesnek és megfoghatatlannak egyébként ismeretlen okú betegségüket, amelyben a pontos diagnózis, a beteg részletes felvilágosítása és az egyre szélesebb körben elérhető tájékoztató anyagok is szerepet játszhatnak. Betegségüket az IPQ-R teszt eredménye alapján egy életen át tartó szenvedésként élik meg, hiszen az egészséggel kapcsolatos kontrollérzésük csökkent. Az IBS-ben szenvedők ettől jelentősen eltérően vélekednek, ami érthető, ha a biopszichoszociális megközelítésben szemléljük az IBS-t. Mivel pszichoszomatikus betegség, nincs egyszerű, lineáris kapcsolat a háttérben a hajlamosító, kiváltó és fenntartó tényezők, valamint

4. táblázat | A betegségpercepció eltérései az IPQ-R kérdőív második szubszkálája alapján

Paraméter	IBS	CD	UC
Időbeli lefolyás	18,3 (6–27; medián 18)	23,5 (14–30; medián 24)	22,2 (13–30; medián 22)
Időbeli változás	12,6 (8–18; medián 13)	13,4 (4–20; medián 14)	12,9 (9–20; medián 13)
Következmények	18,5 (7–29; medián 18)	18,7 (6–29; medián 19)	19,9 (7–29; medián 20)
Személyes kontroll	20,6 (13–30; medián 21)	22,9 (12–30; medián 22)	20,9 (8–29; medián 20)
Kezelési kontroll	19,7 (10–25; medián 20)	19,5 (11–25; medián 19)	19,2 (13–25; medián 19)
Betegségkoherencia	12,8 (5–20; medián 13)	16,7 (7–25; medián 17)	15,7 (9–22; medián 16)
Érzelmi reprezentáció	21,3 (10–30; medián 22)	18 (6–30; medián 18)	20,5 (8–29; medián 22)



5. táblázat | A betegség kialakulásában szerepet játszó okok négy dimenziójához tartozó szignifikanciák

Etológiai tényező	Szignifikancia (p)
Pszichológiai okok	0,012
Környezeti és genetikai faktorok	0,241
Immunológiai okok	0,149
Baleset vagy véletlen	0,474

a tünetek között, hanem körkörös, oda-vissza csatoló kapcsolatok konstellációja áll fenn, így a beteg nehezen tudja értelmezni saját állapotát [14]. Ezek mellett ehhez hozzájárulhat még, hogy az IBS-ben szenvedőknél a pszichiátriai zavarok gyakoriak és személyiségükre depressziós, kényszeres és szorongásos vonások jellemzőek [15, 16]. Kiemelendő viszont, hogy bár teljes belátás és megértés nincs a betegséggel kapcsolatban, de vizsgálatunk alapján a tüneteket és a betegségüket kevésbé tekintik véglegesnek és leküzdhetetlennek.

Az IBS és IBD esetében, figyelembe véve krónikus jellegüket, az aktuális közérzet, valamint az életminőség kérdése kifejezetten fontos szerephez jut. Tanulmányunkban ezt az IBDQ kérdőív segítségével vizsgáltuk, amely azt mutatta, hogy a szubjektív életminőség IBD-ben és ezen belül is elsősorban CD-ben jelentősen rosszabb, mint IBS-ben. Az előbbi esetben a betegek az egészségi állapotuk miatt a hétköznapi tevékenységekben jobban korlátozva érzik magukat. Ugyanakkor betegségük szociális kapcsolataikat (családtagjaikkal, barátaikkal, ismerőseikkel) és programjaikat erőteljesebben befolyásolja. Mentális egészségük terén is negatív irányú eltérést kaptunk, vagyis többször voltak dühösek, feszültek, nyugtalanok, reményvesztettek, kedvetlenek és szomorúak. Korábbi vizsgálatok, saját eredményünkkel ellentétben, az IBS-ben mutattak ki rosszabb szubjektív életminőséget. Igazolt, hogy IBS esetében magas, 29–61%-ra tehető a depresszió, a generalizált szorongásos megbetegedések, pániksindróma és a szomatizációs zavarok előfordulási gyakorisága [17, 18]. A saját beteganyagunknál észlelt jobb életminőség esetlegesen azt is jelezheti, hogy klinikánkon a gastroenterológiai szakellátás keretében sikeresen megvalósul a betegek pszichés vezetése is.

Eredményeink bizonyították, hogy a CRP a gyulladásos betegségek érzékeny markere és nem emelkedik meg IBS-ben. Ennek oka a betegség patomechanizmusában keresendő. Funkcionális okok esetén nem alakul ki gyulladás, és ezért nem keletkezhetnek akutfázis-fehérjék sem. Korábbi tanulmányok kimutatták, hogy értéke CD-ben arányos a CDAI-vel, az endoszkópos és szövettani aktivitás mértékével [19]. Mivel nem találtunk szignifikáns különbséget CD és UC között, feltételezhető, hogy UC-ben is ugyanezek az összefüggések fennállnak.

Krónikus gyulladásához és IBD-hez gyakran társul anaemia, amely legtöbbször multifaktoriális eredetű, hozzájárulhat a bélnyálkahártya-gyulladás miatti megváltozása, a vas, a folsav és a B<sub>12</sub>-vitamin csökkent felszívódása, a krónikus gyulladás kiváltotta citokinhatások és a szövődmények miatti bélreszekciók, valamint a terápiában használatos szerek mellékhatása is (például: szulfasalazin, thiopurin) [20]. Kutatásunkban nem tudtunk egyértelmű különbséget kimutatni az IBD és IBS között a HTK-értékek tekintetében, amit az magyarázhat, hogy a HTK-érték az IBD lefolyása és a kezelés során jelentős változásokat mutat, remisszió esetén értéke normalizálódhat. Tehát az anaemia és az alacsony HTK-érték nem specifikus markere az IBD-nek, differenciáldiagnosztikai jelentősége önmagában kicsi, de a terápiás válasz meghatározásánál jól használható. Alacsony HTK-érték viszont mindig organikus betegség jelenlétére utal.

## Következtetések

Elmondható, hogy a klinikai tüneteket és pszichés eltéréseket vizsgáló tesztek, valamint a CRP-érték segítséget nyújthatnak az IBD és IBS elkülönítésében. Az IBDQ és az IPQ-R teszt azáltal, hogy objektívizálja a betegek pszichés állapotát, elősegíti a tisztán pszichoszomatikus eredet könnyebb felismerését. A CRP-érték IBD-ben jól jelzi a háttérben álló gyulladás jelenlétét. A CDAI nem használható fel az IBS- és IBD-differenciáldiagnosztikában, mivel számítása során figyelembe vett szubjektív és pszichés hatások által erősen befolyásolt tényezők (közérzet, székletszám) IBS-ben annyira dominálóak, hogy IBD-hez hasonló CDAI-pontszámokat generálnak. A HTK, a várakozásainkkal ellentétben, nem segíti a kórképek elkülönítését, bár ez nem kérdőjelezi meg a jelentőségét az organikus és funkcionális betegségek differenciálásában.

*Anyagi támogatás:* A közlemény megírása anyagi támogatásban nem részesült.

*Szerzői munkamegosztás:* B. R., B. Zs.: Adatok begyűjtése és feldolgozása, szakirodalmi adatok áttekintése, dolgozat szövegezése és javítása. B. A., R. M., M. Á.: Adatok feldolgozása, szakirodalmi adatok begyűjtése. Sz. M.: Statisztikai analízis elvégzése. F. K., Sz. Z., M. T., N. F.: A betegek bevonása, klinikai adatok rögzítése, kézirat áttekintése és korrekciós javaslatok megfogalmazása.

A cikk végleges változatát valamennyi szerző elolvasta és jóváhagyta.

*Érdekltségek:* A szerzőknek nincsenek érdekltségeik.

## Irodalom

- [1] Card, T. R., Siffladeen, J., Fleming, K. M.: Are IBD patients more likely to have a prior diagnosis of irritable bowel syndrome? Report of a case-control study in the General Practice Research Database. *United European Gastroenterol. J.*, 2014, 2(6), 505–512.
- [2] Canavan, C., Card, T., West, J.: The incidence of other gastroenterological disease following diagnosis of irritable bowel syndrome in the UK: a cohort study. *PLoS ONE*, 2014, 9(9), e106478.
- [3] Halpin, S. J., Ford, A. C.: Prevalence of symptoms meeting criteria for irritable bowel syndrome in inflammatory bowel disease: systematic review and meta-analysis. *Am. J. Gastroenterol.*, 2012, 107(10), 1474–1482.
- [4] Brandt, L. J., Chey, W. D., Foxx-Orenstein, A. E., et al., *American College of Gastroenterology Task Force on Irritable Bowel Syndrome*: An evidence-based position statement on the management of irritable bowel syndrome. *Am. J. Gastroenterol.*, 2009, 104(Suppl. 1), S1–S35.
- [5] Soares, R. L.: Irritable bowel syndrome: a clinical review. *World J. Gastroenterol.*, 2014, 20(34), 12144–12160.
- [6] Best, W. R., Beckett, J. M., Singleton, J. W., et al.: Development of a Crohn's disease activity index. *National Cooperative Crohn's Disease Study. Gastroenterology*, 1976, 70(3), 439–444.
- [7] Lablaff, C., Safaie, P., Awais, A., et al.: The Crohn's disease activity index (CDAI) is similarly elevated in patients with Crohn's disease and in patients with irritable bowel syndrome. *Aliment. Pharmacol. Ther.*, 2013, 37(8), 786–794.
- [8] Verissimo, R.: Quality of life in inflammatory bowel disease: psychometric evaluation of an IBDQ cross-culturally adapted version. *J. Gastrointest. Liver Dis.*, 2008, 17(4), 439–444.
- [9] Ashley, L., Smith, A. B., Keding, A., et al.: Psychometric evaluation of the revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) in cancer patients: confirmatory factor analysis and Rasch analysis. *J. Psychosom. Res.*, 2013, 75(6), 556–562.
- [10] Rees, G., Lamoureux, E. L., Xie, J., et al.: Using Rasch analysis to evaluate the validity of the diabetes-specific version of the Illness Perception Questionnaire-Revised. *J. Health Psychol.*, 2013 Dec 24. [Epub ahead of print] <http://hpq.sagepub.com/content/early/2013/12/23/1359105313511840.long>
- [11] Morgan, K., Villiers-Tuthill, A., Barker, M., et al.: The contribution of illness perception to psychological distress in heart failure patients. *BMC Psychol.*, 2014, 2(1), 50.
- [12] Kiss, E. C., Széll, K.: Evaluation of the association between disease presentation and quality of life in patients living with stoma. [A betegségprezentáció és életminőség kapcsolatának vizsgálata sztómával élők körében.] Oriold és Társa Kiadó, Budapest, 2012. [Hungarian]
- [13] Whitehead, W. E., Drossman, D. A.: Validation of symptom-based diagnostic criteria for irritable bowel syndrome: a critical review. *Am. J. Gastroenterol.*, 2010, 105(4), 814–820.
- [14] Seres, G., Kovács, Z., Kovács, A., et al.: Different associations of health related quality of life with pain, psychological distress and coping strategies in patients with irritable bowel syndrome and inflammatory bowel disorder. *J. Clin. Psychol. Med. Settings*, 2008, 15(4), 287–295.
- [15] Spiegel, B. M., Gralnek, I. M., Bolus, R., et al.: Clinical determinants of health-related quality of life in patients with irritable bowel syndrome. *Arch. Intern. Med.*, 2004, 164(16), 1773–1780.
- [16] Lembo, A., Ameen, V. Z., Drossman, D. A.: Irritable bowel syndrome: toward an understanding of severity. *Clin. Gastroenterol. Hepatol.*, 2005, 3(8), 717–725.
- [17] Farbod, F., Farzaneh, N., Bijan, M. D., et al.: Psychological features in patients with and without irritable bowel syndrome: A case-control study using Symptom Checklist-90-Revised. *Indian J. Psychiatry*, 2015, 57(1), 68–72.
- [18] Choung, R. S., Locke, G. R. 3rd, Zinsmeister, A. R., et al.: Psychosocial distress and somatic symptoms in community subjects with irritable bowel syndrome: a psychological component is the rule. *Am. J. Gastroenterol.*, 2009, 104(7), 1772–1779.
- [19] Langhorst, J., Elsenbruch, S., Koelzer, J., et al.: Noninvasive markers in the assessment of intestinal inflammation in inflammatory bowel diseases: performance of fecal lactoferrin, calprotectin, and PMN-elastase, CRP, and clinical indices. *Am. J. Gastroenterol.*, 2008, 103(1), 162–169.
- [20] Gomollón, F., Gisbert, J. P.: Anaemia and inflammatory bowel disease. *World J. Gastroenterol.*, 2009, 15(37), 4659–4665.

(Molnár Tamás dr.,  
Szeged, Korányi fasor 8–10., 6720  
e-mail: molnar.tamas@med.u-szeged.hu)